

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes168.pdf>

## L'influence des États providence sur les conditions de vie des Européens de 50 ans et plus Premiers résultats de l'enquête SHARELIFE sur les histoires de vie

Nicolas Briant, Marie-Camille Lenormand, Nicolas Sirven\* (Irdes)

SHARELIFE, troisième vague de l'enquête européenne SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) sur la santé, le vieillissement et la retraite, a interrogé des seniors de 50 ans et plus sur leur histoire de vie depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui. L'objectif était de combler une lacune des enquêtes sur la santé et les conditions de vie économiques et sociales : l'absence de recul temporel. En recueillant des informations standardisées sur les histoires de vie des individus, SHARELIFE permet, par exemple, de mieux comprendre l'influence des États providence sur la vie passée et présente des personnes.

À partir d'une sélection d'articles issus de l'ouvrage collectif *The Individual and the Welfare State*, dirigé par A. Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder, une synthèse des premiers résultats de SHARELIFE est présentée ici. Si les effets positifs des systèmes de protection sociale sur le court terme sont confirmés, des effets de long terme sont observés, dont certains sont inattendus, voire parfois pervers, tant en matière de dépenses publiques que de bénéfices individuels.

L'Europe est le continent le plus touché par le processus de vieillissement de la population. Selon Eurostat, la part des personnes âgées de plus de 65 ans devrait passer de 16 % en 2010 à 29 % en 2060. Ce phénomène constitue un défi majeur pour l'ensemble des pays européens, en particulier en raison de son impact sur les systèmes de protection sociale (retraite, santé...). Au début des années 2000, la Commission européenne, constatant le manque de données sur ce thème, a souhaité disposer d'informations permettant d'éclairer les conséquences économiques et sociales du vieillissement.

SHARE répond à cette attente (encadré Source et méthode). Cette enquête auprès

d'individus de 50 ans et plus couvre trois dimensions importantes du vieillissement : la santé, l'économie et les relations sociales. Son aspect longitudinal - les individus sont suivis tous les deux ans - permet de traiter le vieillissement comme un processus et non comme un état et ainsi de mieux identifier les leviers politiques possibles sur le moyen et le long terme. L'enquête SHARE se déroulant dans une quinzaine de pays européens, des analyses comparatives peuvent être menées sur la façon dont les différentes politiques publiques jouent sur le bien-être des personnes âgées avant et après la retraite.

L'enquête SHARE, qui a débuté en 2004, a déjà donné lieu à la publication de trois vagues de données. Les deux pre-

mières vagues ont permis de constituer le panel, la troisième - qui nous intéresse plus particulièrement ici - a été l'occasion de documenter le passé des personnes enquêtées en 2008. Après une présentation de SHARELIFE, nous proposons une synthèse des premiers résultats qui illustre le potentiel de cette troisième vague. Cette synthèse est effectuée à partir d'une sélection d'articles parus en 2011 dans l'ouvrage collectif *The Individual and the Welfare State*, dirigé par A. Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder.

\* Auteur référent : [sirven@irdes.fr](mailto:sirven@irdes.fr)

## La spécificité de SHARELIFE : un questionnaire sur l'histoire de vie des enquêtés<sup>1</sup>

Une des carences des enquêtes sur la santé ou les aspects socio-économiques est leur absence de recul temporel due à la difficulté de connaître le passé des enquêtés avant la période de collecte. Pourtant, la connaissance des conditions de vie initiales est éclairante, celles-ci pouvant effectivement engendrer des difficultés aux troisième et quatrième âges. Par exemple, la santé durant l'enfance est souvent liée à la santé de l'adulte et peut influencer sur sa carrière et donc ses conditions de vie à la retraite. SHARELIFE répond à ce déficit en regroupant des informations standardisées sur les histoires de vie des individus et

aide à mieux comprendre l'influence des politiques sociales sur la vie des personnes.

Les modules ont été hiérarchisés de manière à stimuler la mémoire des enquêtés et à faciliter l'émergence de souvenirs enfouis. L'entretien commence par des questions sur les enfants, puis sur les partenaires et ensuite sur les différents logements occupés. Après une partie sur les conditions de vie dans l'enfance, l'entretien se focalise sur les histoires professionnelles et financières des individus. Enfin, les individus sont interrogés sur leur santé durant l'enfance et à l'âge adulte (avec un focus sur les soins, notamment la prévention) et l'entretien se clôt par des questions générales sur leur vie.

Collecter des données sur des événements vieux de plus de cinquante ans est une gageure. En effet, le risque est grand que les enquêtés se trompent sur la date d'un événement ou sur la manière dont il s'est déroulé. Pour réduire au maximum ce biais de mémoire, SHARELIFE a mis en place une méthodologie originale en déve-

## REPÈRES

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est une infrastructure de recherche regroupant plusieurs universités et équipes de recherche d'Europe. Elle est coordonnée par le Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA - Centre de recherche en économie du vieillissement) basé en Allemagne.

Sur son site web, <http://www.share-project.org/>, SHARE met à disposition des utilisateurs de très nombreux outils : les données des trois premières vagues téléchargeables gratuitement, différents documents méthodologiques, les questionnaires (dans les 21 langues du projet) ainsi qu'un grand nombre de publications couvrant notamment les thèmes de la santé, de la retraite et du vieillissement.

En France, l'Insee et l'Irdes en ont assuré la réalisation jusqu'en 2011 grâce au financement de nombreux partenaires présentés sur le site français de l'enquête : [www.irdes.fr/Share](http://www.irdes.fr/Share).

Sur ce site, sont également disponibles un dictionnaire des variables et des données relatif à la vague 2 ainsi qu'une bibliographie des travaux français exploitant SHARE.

loppant un outil électronique utilisant un calendrier multidimensionnel. Celui-ci permet aux enquêtés de se rappeler des événements de plusieurs manières : des-

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur SHARELIFE, se reporter à la méthodologie détaillée sur le site : [http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf\\_sharelife/Publications/FRB-Methodology\\_feb2011\\_color-1.pdf](http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_sharelife/Publications/FRB-Methodology_feb2011_color-1.pdf)

## SOURCE ET MÉTHODE

SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) est l'enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe. Depuis 2004, SHARE interroge tous les deux ans les personnes âgées de 50 ans et plus sur leur état de santé physique et mentale, leurs conditions de vie, leurs relations sociales et familiales, le passage à la retraite, la dépendance, etc. Après les deux premières vagues de SHARE, la troisième, SHARELIFE, a interrogé les mêmes individus sur leur histoire de vie, depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui. Ces données rétrospectives sont désormais disponibles en accès gratuit ([www.share-project.org](http://www.share-project.org)) et un ouvrage rassemblant les premiers résultats de recherche vient d'être publié (voir p. 4 de ce document).

### L'échantillon de SHARE

SHARE interroge un échantillon d'individus<sup>a</sup> de 50 ans et plus et leur conjoint éventuel (quel que soit son âge).

Lors de la vague 1, plus de 31 000 individus ont été interrogés dans 12 pays. La vague 2 a permis de réinterroger ces personnes et s'est accompagnée d'un rafraîchissement de l'échantillon afin de préserver la représentativité de l'enquête. Lors de cette deuxième vague, trois nouveaux pays ont rejoint SHARE : la République tchèque, la Pologne et l'Irlande. Durant la troisième vague, les personnes rencontrées lors des deux premières vagues dans 13 pays ont été réinterrogées. En vagues 2 et 3, pour les personnes précédemment interrogées et décédées, un entretien de fin de vie a été soumis aux proches afin de connaître les circonstances de la dernière année de vie de l'enquêté.

En France, le recueil des données sur le terrain a été effectué par l'Insee. 3 000 entretiens en face-à-face ont ainsi été réalisés lors des deux premières vagues puis près de 2 500 lors de la troisième.

<sup>a</sup> Certains pays tirent directement des individus, d'autres tels la France, tirent des logements, donc des ménages dont au moins un des membres a 50 ans ou plus (Boersch-Supan et al. (2005). *The Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe - Methodology*, MEA - Université de Mannheim (Allemagne), [www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

L'échantillon de SHARE

	Effectif total			Effectif du panel		
	Vague 1 (2004-05)	Vague 2 (2006-07)	Vague 3* (2008-09)	Vagues 1 et 2	Vagues 1, 2 et 3	Entretiens de fin de vie Vagues 2 et 3
Allemagne	3 008	2 568	1 852	1 544	1 116	113
Autriche	1 893	1 341	847	1 238	663	74
Belgique	3 827	3 169	2 832	2 808	2 277	138
Danemark	1 707	2 616	2 141	1 249	963	141
Espagne	2 396	2 228	2 048	1 375	1 065	217
France	3 193	2 968	2 483	1 999	1 468	165
Grèce	2 898	3 243	2 951	2 280	1 792	197
Irlande	-	1 134	-	-	-	-
Israël	2 598	-	-	-	-	-
Italie	2 559	2 983	2 492	1 766	1 471	147
Pays-Bas	2 979	2 661	2 210	1 777	1 304	128
Pologne	-	2 467	1 918	-	-	94
République tchèque	-	2 830	1 873	-	-	65
Suède	3 053	2 745	1 893	2 010	1 367	154
Suisse	1 004	1 462	1 296	696	566	39
<b>Total</b>	<b>31 115</b>	<b>34 415</b>	<b>26 836</b>	<b>18 742</b>	<b>14 052</b>	<b>1 672</b>

\* Personnes ayant été interrogées lors de la vague 3 et l'ayant été lors des vagues 1 ou 2.

Source : SHARE 2004-2009

cependant (du plus important au moins important), chronologiquement à l'intérieur d'un thème (les différents logements occupés) ou entre thèmes (par exemple une maladie intervenant au moment de la naissance d'un enfant). Au fur et à mesure de l'avancée du questionnaire, ce calendrier permet de visualiser sur un même plan des événements ou des périodes concernant les différents thèmes couverts et de les mettre en perspective avec des événements publics (élection de tel président, manifestation sportive majeure, etc.). Cet outil, très souple dans son utilisation, permet de passer d'un thème à l'autre à n'importe quel moment et offre la possibilité aux enquêteurs comme aux enquêtés de vérifier l'exhaustivité et la justesse des faits rapportés.

Chaque pays a utilisé un questionnaire, des outils informatiques et une méthodologie identiques, ce qui permet d'harmoniser le recueil des informations. En outre, les traitements, le calcul des pondérations ainsi que la diffusion des données ont été centralisés.

### Les premiers résultats de SHARELIFE

L'ouvrage *The Individual and the Welfare* (Börsch-Supan *et al.*, 2011) présente les travaux de chercheurs de plusieurs disciplines utilisant de manière systématique les données issues de SHARELIFE. Si les effets à court terme des politiques sociales des États providence ont été largement étudiés, peu d'information était jusqu'à présent disponible pour étudier les effets de long terme des politiques sociales des pays participants sur les conditions de vie de leurs habitants, dans une perspective de cycle de vie (depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui). La diversité des systèmes de protection sociale en Europe et de leur évolution permet de comparer leurs conséquences pour les individus.

De manière générale, les travaux exploratoires présentés retrouvent des effets positifs des systèmes de protection sociale déjà identifiés sur le court terme, mais montrent qu'ils ont aussi des effets de long terme, parfois même amplifiés. Les données SHARELIFE permettent également

d'interroger les effets inattendus, voire pervers, de certaines actions de protection sociale dans une perspective temporelle longue, tant en matière de dépenses publiques que de bénéfices individuels.

Les exemples suivants permettent d'illustrer plus en détail ce constat d'ensemble.

#### Des effets positifs sur la santé des différentes politiques sociales

Les enseignements tirés des premiers résultats de SHARELIFE indiquent clairement que les politiques sociales peuvent interagir de façon positive : une politique de santé publique produira des effets positifs sur le niveau d'éducation, le statut socio-économique et les conditions de vie à un âge avancé. Inversement, les efforts en termes de conditions de travail et d'assurance chômage vont avoir un impact positif sur la santé des individus.

Moschetti *et al.* (chapitre 23) montrent ainsi comment la santé pendant l'enfance influence beaucoup la consommation de soins et les dépenses de santé autour de la cinquantaine et ensuite. Ce constat est particulièrement net en Europe centrale et méditerranéenne, c'est-à-dire dans des pays qui n'étaient pas dotés d'un système de santé universel à l'époque où les participants à SHARE étaient enfants.

Mais les conditions de vie dans l'enfance ont aussi des effets au-delà du champ de la santé. SHARELIFE confirme l'idée que l'état de santé dans l'enfance détermine le niveau d'éducation (les enfants en bonne santé sont plus diplômés) et le statut socio-économique (plus élevé). Les récentes réformes des systèmes de protection sociale en Europe mettent l'accent sur le rôle plus grand de l'épargne individuelle dans le financement des retraites. Le développement de la gestion individuelle de l'épargne (ou « choix de portefeuille ») rend ainsi les personnes âgées de plus en plus responsables de leur sécurité financière après la retraite. Les montants concernés diffèrent d'un ménage à l'autre, mais tous ceux qui doivent gérer leur épargne ne sont pas égaux dans leur capacité à mener à bien l'exercice. La littérature économique (en particulier celle utilisant SHARE) a déjà montré que des différences dans les capacités cognitives des

individus ont des effets sur leur capacité à gérer des produits financiers (actions, obligations, etc.) : le recours à des opérations arithmétiques ou le besoin d'évaluer les risques encourus nécessitent en effet de bonnes capacités cognitives. Or, comme pour l'ensemble des conditions de santé à l'âge adulte, il est possible que les capacités cognitives des individus soient en partie déterminées par leurs conditions initiales dans l'enfance. C'est ce que montrent Christelis *et al.* (chapitre 5) en utilisant les données rétrospectives sur l'histoire de vie : les individus ayant des capacités cognitives inférieures aux autres durant l'enfance ont moins de chance de gérer correctement une épargne financière. En somme, les inégalités de santé dans l'enfance soutiennent des inégalités socio-économiques dans la vie adulte, ce qui, dans un contexte de baisse tendancielle du niveau général des pensions de retraite, peut avoir de lourdes conséquences pour les populations âgées en Europe.

Les données de SHARELIFE confirment également l'effet sur la santé des conditions de travail sur le long terme. Ainsi Siegrist *et al.* (chapitre 15) montrent que les personnes ayant connu de mauvaises conditions de travail pendant une période relativement longue ont plus de risques de déclarer un mauvais état de santé lors de leur retraite et après. Cet effet demeure inchangé une fois pris en compte leur statut d'emploi et le pays dans lequel ils vivent. En revanche, celles qui continuent à travailler après 60 ans sont souvent des personnes qui ont eu de bonnes conditions de travail et, en particulier, un niveau de responsabilité élevé. On observe également que la formation continue (ou formation « tout au long de la vie ») semble aller de pair avec la qualité de travail (autonomie et reconnaissance) et le maintien en emploi après 60 ans. Mais cet effet est moins prononcé après la prise en compte du pays et du statut dans l'emploi qui ont donc un effet propre « médiateur ».

Schröder (chapitre 17) montre, quant à lui, que les individus victimes de licenciement ou de restructuration d'entreprises au cours de leur vie apparaissent en moins bonne santé que les autres actifs dès l'âge de 50 ans. On observe des effets à la fois sur la santé perçue, la santé mentale (risques de dépression) et la santé phy-

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder, Eds. (2011). *The Individual and the Welfare State*. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 285 p. :
- Avendano M. et Mackenbach J.P. (2011). "Life-Course Health and Labour Market Exit in 13 European Countries: Results from SHARELIFE". Pp. 203-213.
- Brugiavini A., Pasini G., Trevisan E. (2011). « Maternity and Labour Market Outcome: Short and Long Term Effects », pp. 151-159.
- Christelis D., Dobrescu L., Motta A. (2011). « The Impact of Childhood Health and Cognition on Portfolio Choice » in A. Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder (Eds): *The Individual and the Welfare State*. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, pp. 59-66.
- Moschetti K., Lamiraud K., O'donnel O., Holly A. (2011). "Does Poor Childhood Health Explain Increased Health Care Utilisation and Payments in Middle and Old Age?", pp. 255-267.
- Siegrist J. et Wahrendorf M. (2011). "Quality of Work, Health and Early Retirement: European Comparisons", pp. 169-177.
- Schröder M. (2011). "Scar or Blemish? Investigating the Long-Term Impact of Involuntary Job Loss on Health", pp. 191-201.
- The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology, MEA - Université de Mannheim (Allemagne), [www.share-project.org](http://www.share-project.org).

sique (maladies chroniques, particulièrement). Hommes et femmes sont affectés dans la même proportion par le changement d'emploi subi mais les conséquences négatives sur la santé semblent plus fortes chez les femmes. À ce titre, il apparaît que le système d'assurance chômage a permis de compenser (au moins partiellement) les effets négatifs des aléas du marché du travail sur l'état de santé des individus, en particulier chez les femmes.

### Mais aussi des effets inattendus sur le long terme

Les politiques mises en œuvre dans le cadre des différents types d'États providence ont certes pu protéger sur le court terme les Européens face aux risques économiques, sociaux et de santé. Mais certaines de ces politiques ont aussi pu avoir à plus long terme des effets contre-productifs, tant sur le plan économique que sur celui de la santé.

Plusieurs articles faisant le constat d'un sous-emploi des travailleurs seniors variable selon les pays interrogent ces écarts au regard du niveau des dépenses de santé ou de prévention, mais également des différents régimes d'indemnisation du chômage ou pour invalidité.

Ainsi, l'article d'Avendo et Mackenbach (chapitre 18) teste (chez les hommes uniquement) trois hypothèses. La première validée par l'analyse est que la survenue d'un épisode de maladie longue est associée à une sortie précoce du marché du travail pour raison de santé. En moyenne

en Europe, avoir eu une maladie qui dure au moins un an pendant la durée de vie active multiplie par deux le risque de sortie prématurée du marché du travail. Mais on constate de fortes différences entre pays : en Allemagne, ce risque est multiplié par 3 alors qu'il n'est multiplié que par 1,6 en France. La seconde hypothèse qui cherche à mesurer le rôle des régimes d'indemnisation pour l'invalidité et le chômage comme incitatif au départ précoce à la retraite est partiellement vérifiée : le niveau du risque de sortie du marché du travail dans les 11 pays retenus est en effet associé positivement ( $R^2=0.60$ ) au montant des prestations chômage (en pourcentage du PIB). Pour les auteurs, ce résultat suggère que si la santé joue un rôle important dans leur vie, les individus avec un passé de « maladie longue » peuvent utiliser les indemnités offertes aux demandeurs d'emploi comme un moyen de sortie anticipée du marché du travail. Ceci est d'autant plus préoccupant que, selon les auteurs, les pays ayant des niveaux plus importants de dépenses de santé (en pourcentage du PIB) n'enregistrent pas comme on pourrait s'y attendre (troisième hypothèse) moins de risques de sortie prématurée du marché du travail pour raison de santé même si, dans ces pays, la prévalence des maladies longues est plus faible.

Un autre exemple (Brugiavini *et al.*, chapitre 13) souligne certains effets pervers et inattendus de l'assurance maternité : si l'existence d'un système d'assurance maternité tend à améliorer les conditions de vie économiques et sociales des mères durant leur vie active, sur le long terme, la

générosité même de certaines prestations (en termes de congés et/ou d'indemnités) a un effet négatif sur le niveau de retraite après coup. En particulier, le montant des pensions est d'autant plus bas que le nombre d'enfants et les arrêts consécutifs (temporaires ou définitifs) sont élevés.

De façon plus générale, la générosité de certains types d'indemnisation de l'invalidité est interrogée (Börsch-Supan et Roth, chapitre 19). Les auteurs montrent que les différences actuelles entre pays européens dans l'allocation d'une indemnité d'invalidité persistent une fois prises en compte les variables de santé et d'histoire de vie, et qu'elles dépendent essentiellement de caractéristiques « institutionnelles » propres à chacune des modalités, comme le niveau minimal d'indemnité versé ou la sévérité des critères d'éligibilité. Dans un exercice de simulation, les auteurs montrent qu'appliquer à la Suède, au Danemark et aux Pays-Bas des niveaux de générosité moyens constatés dans l'Europe des 15 conduirait à réduire fortement les taux de bénéficiaires de prestations publiques d'assurance-invalidité dans ces trois pays.

\* \* \*

Ces premiers résultats issus de l'enquête SHARELIFE suggèrent deux conclusions : d'une part que les systèmes de protection sociale issus de l'État providence ont apporté des bénéfices importants et méritent d'être maintenus afin que les générations futures puissent en bénéficier. D'autre part, que le choc démographique du vieillissement qui renforce les préoccupations de soutenabilité économique de la protection sociale doit conduire à modifier ses modalités d'intervention pour les rendre plus efficaces tout au long de la vie. ◆

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris •  
Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 •  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Email: [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr) •  
Directeur de la publication : Yann Bourgueil •  
Rédactrice en chef technique : Anne Evans •  
Secrétaire de rédaction : Anna Marek •  
Relecteurs : Michel Naiditch, Zeynep Or •  
Correctrice : Martine Broido •  
Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault •  
Imprimeur : DÉJÀ-LINK (Stains, 93) •  
Dépôt légal : novembre 2011 •  
Diffusion : Sandrine Béquignon •  
Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € •  
ISSN : 1283-4769.